

# Histologische Untersuchung von Biopsien aus augmentierten Bereichen

Wie schon verschiedentlich der zahnmedizinischen Presse zu entnehmen war, unterstützt die DGZI aus ihrem Wissenschaftsfond eine wissenschaftliche Studie im Labor für Oralbiologische Grundlagenforschung an der Zahnklinik der Universität Bonn (Prof. Dr. Werner Götz) zur histologischen Untersuchung von Biopsien aus mit Knochenersatzmaterial (KEM) augmentierten Bereichen.

Prof. Dr. Werner Götz/Bonn

■ Das langfristige Ziel dieser Studie ist die Schaffung einer Datenbank zur Histologie der Einheilung von KEM unterschiedlicher Art (autogen, allogene, synthetisch) nach Anwendung bei verschiedenen Indikationen (z.B. Kammaugmentation, Socket Preservation, Sinuslift, Defektfüllung) sowie die Durchführung vergleichender Studien. Die Gewinnung der Biopsien sollte in den meisten Fällen im Zusammenhang mit einer Implantatversorgung möglich sein und kann mit den üblichen Trepanverfahren erfolgen. Kolleginnen und Kollegen, die Interesse an dieser Studie haben, können die Biopsien direkt an untenstehende Anschrift senden. Nach entsprechender Bearbeitungszeit (die mitunter aber einige Wochen dauern kann, da die Proben vor der histologischen Aufarbeitung entkalkt werden) erhalten die Einsender einen Befund, der zumindest eine histologische Beurteilung der Biopsie beinhaltet. Gegebenenfalls werden auch Spezialuntersuchungen (z.B. Histochemie, Immunhistochemie) durchgeführt und deren Ergebnisse ebenso mitgeteilt. Für die wissenschaftliche Auswertung wird gebeten, mit der Biopsie einen möglichst vollständig ausgefüllten Einsendeschein zu versenden. Persönliche Daten der Patienten brauchen nicht angegeben zu werden; es reichen Initialen oder eine für die Praxis nachvollziehbare Verschlüsselung und Angabe des Alters. Einsende-

scheine können bei der Geschäftsstelle der DGZI angefordert werden, finden sich auf der Homepage der DGZI oder können vom nachfolgend abgedruckten Anforderungsschein kopiert werden. Die Biopsien sollten sofort nach der Entnahme in die mit Fixierungsflüssigkeit (gepuffertes Formalin) gefüllten Gefäße verbracht werden, brauchen aber nicht gekühlt zu werden. Entsprechend vorbereitete Gefäße und Versandtaschen können ebenfalls bei der Geschäftsstelle der DGZI angefordert werden. Sollten diese nicht zur Hand sein, können auch die in der Praxis üblichen formalinergefüllten Röhrchen für die Pathologie verwendet werden.

Die DGZI dankt allen Kolleginnen und Kollegen für die Mitarbeit. ■

## WISSENSCHAFTLICHER ANSPRECHPARTNER

### Prof. Dr. Werner Götz

Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
 Poliklinik für Kieferorthopädie  
 Oralbiologische Grundlagenforschung  
 Welschnonnenstraße 17, 53111 Bonn  
 Tel.: 0228 28722-431  
 E-Mail: wgoetz@uni-bonn.de

## FAX an DGZI-Geschäftsstelle · 0211 16970-66

DGZI-Geschäftsstelle  
 Feldstraße 80, 40479 Düsseldorf  
 Tel.: 0211 16970-77

Bitte senden Sie uns die zur histologischen Untersuchung benötigten Materialien und Dokumente.

Anzahl:

Ansprechpartner:

Praxisstempel

# MITGLIEDSANTRAG

Deutsche Gesellschaft für  
 Zahnärztliche Implantologie e.V.

Hiermit beantrage ich die Mitgliedschaft in der DGZI (Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V.).

Sekretariat  
 Feldstraße 80  
 40479 Düsseldorf  
 Tel.: 02 11/1 69 70-77  
 Fax: 02 11/1 69 70-66  
 E-Mail: sekretariat@dgzi-info.de

Dieser Antrag wird unterstützt durch \_\_\_\_\_

Bitte senden an: Telefax 0800-DGZIFAX oder 02 11-1 69 70-66.

## PERSÖNLICHE DATEN

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon, Telefax \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Kammer/KZV-Bereich \_\_\_\_\_

Besondere Fachgebiete  
 oder Qualifikationen \_\_\_\_\_

Sprachkenntnisse in  
 Wort und Schrift \_\_\_\_\_

Haben Sie schon Implantationen durchgeführt?  
 (Antwort ist obligatorisch)

ja     nein

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis zur Veröffentlichung  
 meiner persönlichen Daten.

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

**Ordentliche Mitgliedschaft/Niedergelassene Zahnärzte**

>> Jahresbeitrag 250,- €

**Ausländische Mitglieder** (Wohnsitz außerhalb Deutschlands)

>> Jahresbeitrag 125,- €

**Zahnärzte in Anstellung (Assistenten)** >> Jahresbeitrag 125,- €

**Zahn techniker** >> Jahresbeitrag 125,- €

**Angehörige von Vollmitgliedern** >> Jahresbeitrag 125,- €

**ZMA/ZMF/ZMV/DH** >> Jahresbeitrag 60,- €

**Studenten/Rentner** >> beitragsfrei

**Kooperative Mitgliedschaft** (Firmen und andere Förderer)

>> Jahresbeitrag 300,- €

Erfolgt der Beitritt nach dem 30.06. des Jahres, ist nur der halbe  
 Mitgliedsbeitrag zu zahlen.

Über die Annahme der Mitgliedschaft entscheidet der Vorstand durch  
 schriftliche Mitteilung.

Der Jahresbeitrag wird per nachstehender Einzugsermächtigung beglichen.

Den Jahresbeitrag habe ich überwiesen auf das Bankkonto der DGZI  
 (Deutsche Apotheker- und Ärztebank Dortmund, Kto.-Nr. 0003 560 686,  
 BLZ 440 606 04).

Den Jahresbeitrag habe ich als Scheck beigefügt.

## EINZUGSERMÄCHTIGUNG

Hiermit ermächtige ich die Deutsche Gesellschaft für Zahnärztliche Implantologie e.V. widerruflich, die von mir zu entrichtenden Jahresbeiträge bei Fälligkeit  
 zulasten meines Kontos durch Lastschrift einzuziehen. Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden  
 Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Konto-Nr. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

BLZ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Kreditinstitut \_\_\_\_\_

Kontoinhaber \_\_\_\_\_  
 (wenn nicht wie oben angegeben)

Datum und Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel \_\_\_\_\_